Aufnahmeantrag
Schützengilde 1834 Balingen e.V.

Eingegangen:	☐ **aktives Mitglied**	☐ **Jugend Mitglied**
Bearbeitet:	☐ **Fördermitglied**	☐ **Familienmitgliedschaft**

Name:

Vorname: 2 3 4 5

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon-Nummer:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Mitglied in einem anderen Verein?:

Sind Sie im Besitz einer Waffenbesitzkarte?: ☐ **ja** ☐ **nein**

Aussteller der Waffenbesitzkarte::

Einverständniserklärung nach Bundesdatenschutzgesetz:
Ich bin mit der Verarbeitung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummern, E-Mail. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Erklärung jederzeit durch Erklärung gegenüber dem Vorstand widerrufen kann. Durch den Wiederruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Unser Verein ist verpflichtet, folgende mitgliedsbezogene Daten an den Fachverband „Württembergischer Schützenverband 1850 e.V." zu übermitteln: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, Email und Eintrittsdatum.
Mit dieser Übermittlung im Rahmen des Vereinszwecks, bin ich einverstanden.

Gebühren:
Die aktuellen Gebühren (Anmeldebeitrag, Jahresbeitrag, Standgeld) ergeben sich aus der gültigen Beitragsordung.

Die Einverständniserklärung und Vereinssatzung der Schützengilde 1834 Balingen e.V. erkenne ich an und werde im Vereinsleben danach handeln. Hiermit bestätige ich meine Angaben:

Ort, Datum: | **Unterschrift:**

SEPA-Lastschriftmandat
Schützengilde 1834 Balingen e.V. / Streichener Str. 84 / 72336 Balingen
Gläubiger Identifikationsnummer **DE 78SGB00001191762**
Mandatsreferenz: wird später mitgeteilt
Zahlungsart: jährlich wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige hiermit die Schützengilde 1834 Balingen e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Schützengilde 1834 Balingen e.V. gezogenen Lastschriften von meinem Konto einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnen mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bankverbindung/IBAN: D E

BIC:

Kontoinhaber: ☐ siehe oben

Ort, Datum: | **Unterschrift:**